

平成29年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1492400203	事業の開始年月日	平成26年4月1日	
		指定年月日	平成26年4月1日	
法人名	社会福祉法人 永寿会			
事業所名	いこいの郷 花梨・赤羽根			
所在地	(253-0001) 神奈川県 茅ヶ崎市 赤羽根2384-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成29年12月20日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月18日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

災害に備えて毎月、防災訓練や関連した勉強を行っています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年1月25日	評価機関 評価決定日	平成30年3月16日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所はJR東海道線辻堂駅より赤羽根方面行きバスで約10分「六図」下車徒歩5分の、藤沢市と茅ヶ崎市の境目に位置しているグループホームです。周囲は昔からの農家が残っている地域で、農家の庭には桜の大木や梅の木などがあり、道すがらに花見ができます。平屋のゆったりとしたグループホームで、室内は天井が高く明るく広々としています。

<優れている点>

管理者の認知症に対する意識が高く、深く学び、濃いケアが行われています。月に1度の勉強会があり、職員が輪番制でテーマを決め、資料を集め講師を務め、記録を残しており職員に力が付いています。職員目線ではなく、その人の気持ちを知り、考えるを目的とした「ひもときノート」を使い、介護の質の底上げにつなげています。入居者の日常を動画に撮って家族に見せることで、家族は日常の生活を理解するようになっていきます。

<工夫点>

手書きの書類からパソコン処理に変更し、浮いた時間は話しあいに回せるようにしています。誕生日プレゼントは本人の希望で、昔行った「赤ちょうちん」の店に行きたいとの願いをかなえています。食事は食材の買い出し、メニュー、調理とも職員の手づくりです。外食や入居者全員でのおはぎ作り、正月のお節料理、すし職人を招いての握りずしなど、入居者の大きな楽しみになっています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	いこいの郷 花梨・赤羽根
ユニット名	東ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	年度の初めに理念を基にユニットの目標を作り、フロア内に掲示をし、確認が出来るようにしている。その目標に対して、職員は達成する為に個人の目標も作成し、玄関の写真に掲示している。来訪者にどんな思いで介護に向かい合っているかを見えるようにしている。	年度の初めに作った理念を達成するために、ユニットごとに目標を立てています。職員一人ひとりが、何が足りなくて達せられなかったか、またこの理念でこのままいけるか、理想に留まらず、絵にかいた餅にしないように熟慮し、話し合っています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域のお祭りの時はお神輿の休憩所として場所の提供やお茶出しをしている。地域の方から「お祭りの皆さんに渡してあげて」と言って、差し入れのみかん等を預かり、お渡しをしたりしている。	溶け込みにくい地域でしたが、28年度に、自治会の組長を受ける、スタッフが祭りの神輿を担ぐ、事業所内の餅つきに近隣へ呼びかける、などで関係作りが徐々に進んでいます。保育園児との交流、祭り時の湯茶出し、盆踊り参加など交流は広がっています	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症サポーター養成講座でグループホームとはどんな所でどんな取り組みをしているかを伝える努力をしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2か月に1度行い、施設で起きていることを報告、相談している。良い案が出た時は会議等の際に職員へも話し、サービス向上に生かすようにしている。	民生委員、地域包括支援センター職員、市役所職員、自治会関係者、介護相談員、知見者などのもと、2ヶ月に1度実施しています。待機者情報、地域情報、行事、職員・入居者状況、ヒヤリハットなどの報告、話し合いで事業所独自の価値観やルールを見直す機会になっています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	事故の報告や事例を市役所来訪時や運営推進会議の時に報告、相談させて頂いている。	市で実施する多職種勉強会に出席しています。管理者は認知症サポーター研修に参加し、手伝いを兼ねて学びの場としています。管理者は、茅ヶ崎市の地域密着型サービス会の幹事をしています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	毎月行う勉強会のテーマで身体拘束について学ぶ機会がある。玄関は特別な施錠せず、利用者自身で開けることが出来る。利用者が玄関を開けた時は見守り、開けた理由を考え、必要に応じてそのまま一緒に散歩したりしている。	身体拘束をテーマにした勉強会では、入居者を日常状態に戻すために、リハビリは回復の見込みがあるか？バランスがとれない人に筋肉トレーニングは無理強いでは？歩きたいのに歩かせないのは？などの話しあいを深め、入居者の気持ちをじっくり考えてケアに取り組んでいます。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	毎月行う勉強会のテーマで虐待について学ぶ機会がある。周りの方に不快感を与えないように、丁寧な言葉使いを心がけている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	毎月行う勉強会のテーマで権利擁護について学ぶ機会がある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の際は2～3時間かけて説明している。そのまま契約書を読むだけでなく、かみ砕いてわかりやすく事例を伝えたりしながら説明し、ご理解頂くようにしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	年2回の家族会を行い、意見交換の場を持っている。毎月の様子をお便りにして送ったり、家族が面会に来られた際に最近の様子について伝えている。家族から疑問や要望が出た際は、ホーム長、主任、ケアマネを中心に話し合いの場を設けている。	家族からの意見で年間行事を「見える化」し、家族の予定も立てやすくなっています。連絡方法は電話よりもメールでとの希望を受け入れています。また、入居者の希望から、庭のかりんや梅の実で、かりん酒や梅酒造りをしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月各ユニットごとに1回、両ユニット合同での1回の計2回の会議の場で、意見や提案を交換している。 個別面接は半年に1回行っている。 管理者は日頃から現場に出向き、スタッフとコミュニケーションを取っている。	職員にアンケートを取り、休憩時間を設けたものの、休憩が取れないという意見もあり、その時々スタッフの話し合いで決めるように職員自身が柔軟に考えるようになっていきます。管理者は職員からの厳しい意見も大歓迎しています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	法人独自の人事考課制度を作成し、活用している。 随時制度の見直し等行っている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	毎月勉強会を実施。勉強会内容も担当職員を決め、どんな勉強会内容にするか共に考え、皆に伝わる事が出来るよう、実施している。担当者が司会や資料を用意する。アンケートを行い、勉強会の内容だけでなく、担当へ良否のコメントをもらうようにしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	茅ヶ崎市連絡協議会の地域密着型サービス部会の幹事を行っている。部会では他事業所との話し合い、施設見学会や研修の企画を行っている。主任等は関わる業者や居宅介護支援事業所、病院等への連絡を行うようにしている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の面接を行い調査票を作成、また事前に家族からバックグラウンドシートを記入いただき、入居前に職員へ周知する。入居前に入居いただいた際、どのような関わりが必要になるかカンファレンスを行っている。 リロケーションダメージを減らすべく、本人の話を傾聴するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前の面接時や契約時などに家族の困っている事や施設への要望を伺うようにしている。 入居されるまでに必要であれば電話相談を行っている。職員もご家族様の求めるものを共通の理解に努め、今までのサービス利用の経緯等ゆっくり聞くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入居前に状態を確認するため、施設にお越し頂くか、訪問させて頂いている。その中で今の状況に関わって入居者調査票を作成、それを基に入居判定を行っている。また御家族の思いや状況等を確認しながら対応するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の気持ちを尊重し、普段から生活の中でお互いに認め合い、共に支え合える関係性を築いている。その中で共に掃除をしたり散歩をしたり調理をしたり等、自身の役割ややりがいを持って頂けるよう支援している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	行事企画をする際は、家族の方が参加できるように企画をするようにしている。 毎月家族へ近況をお伝えするお手紙をフロア職員がそれぞれ担当を受け持ち書いている。また、ご家族様が来所時には管理者以外にもフロア職員が積極的にコミュニケーションをとることで関係性を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族が同意を得ていれば、学生時代の友人や近所の方の面会を優遇している。	同級生や近所の方が訪ねてくれる例はありますが、事前に家族に確認しています。入居前に海辺の散歩を楽しんでいた人には、職員と一緒に海を眺めに行っています。新聞は事業所でもとっていますが、なじみの新聞を個人でとっている人もいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の関係性を各職員が把握しするよう努めている。トラブルになりそうな際は職員が間に入り仲裁をしている。利用者様同士互いに出来ない事困っていることに互いに気付き支え合っている。職員も共に寄り添い見守る。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	ご家族様が近隣に住まれている場合が多いので、職務外でも職員がお会いして会話することが出来ている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	各入居者様と職員がなじみの関係を築くために会話や行動を観察し、生活し易い環境を提供するために情報を収集しケアプラン作成時に反映させケアの方針を決めている。	誕生日に昔仕事帰りに行っていた「赤ちょうちん」に行きたい、という希望がでて、職員同行で行っています。生け花を仕事にしていた人、趣味でしていた人には、玄関の花を活けてもらっています。家族が愛犬を連れてきて、居室のベランダで犬と遊ぶ例もあります。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	本人の生活歴を家族から収集し会話の中でエピソードトークに生かしている。また本人の新たな情報は記録に残して職員間で共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	普段と違うしぐさや行動などから心身の変化が無いかわ職員は気づけるように関わろうとしている。日々の関わりの中で得た情報を収集し、チームで共有、会議で検討している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	フロア会議やミニカンファ、事故報告書を通じて個人の評価を行っている。 ご家族の意向や医師・看護師・歯科医師等の情報も交えてケアプランに反映させ、最終的に紐解きシートを用いて介護計画に結び付けている段階である。	全員で意見を出しあい、ケアマネジャーがプランを作ることで、全職員がケアプランを確認しています。モニタリング内容は家族に送り近況を報告しています。すり足歩行の人は下肢の筋力維持に努める、夜間ふらつき時には一緒に付き添うなど、綿密なプランになっています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日頃変わった様子をPCに記録として残し月一回のフロア会議又はミニカンファレンスを通して情報の共有を図っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	家族で認知症ケアに困っている方へ理解を促すような話し合いや、家族間でお困りごとがあった場合、柔軟に話を聞くようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	運営推進会議では今年から介護相談員も参加するようになり、利用者視点での意見を言ってもらえるようになった。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	日々の記録や本人の要望を基に記録し、往診に看護師にも立ち会って頂きながら診察をしてもらっている。 希望によってかかりつけ病院・医者は可能となっている。	利用者18名の全員が入居時にかかりつけ医から協力医に家族の同意を得て切り替えています。対応上一部これまでのかかりつけ医の利用者もいます。 切り替え時にはかかりつけ医から診療情報提供書を貰い、適切に協力医に引継いでいます。通院介助は原則家族が行なっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回看護師が来た際に看護記録、往診記録を記入してもらっている。介護職員に向けてアドバイスをを行っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	事前に家族に相談し、ムンテラに職員も参加させて頂くようにしている。面会時に担当看護師と話し、情報収集を行うようにしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	必要に応じて往診時に家族、医師、看護師と、今後について話し合いを持つようにしている。施設での看取りを希望した場合、施設で対応できる内容を説明するようにしている。ターミナルケアを行った際は、職員、家族、医師、看護師でカンファレンスを行い、皆が不安のないように終末期ケアを行えるよう話し合いをしている。	事業所では、契約時に看取りに関する指針を説明し「看取り介護についての同意書」にサインをもらっています。重度化した場合、協力医から説明してもらい、方針を明確にして家族の同意を得ることになっています。職員主体で行っている勉強会で年1回は看取りケアについての研修を行っています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急時のマニュアルを整備している。事故があった場合は振り返りを行い、2度目がないように対策を話し合っている。看護師と協力しあって勉強会を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	ほぼ毎月防災訓練を月ごとに職員が担当し、実践するよう取り組んでいる。その際に出てきた課題は次の防災訓練で活かせるようにしている。	毎月テーマを決め災害に備え避難訓練を行っています。地域との関連では消防団の参加を得ています。地域住民との間で防災協定などの締結はありません。リストを作成し、3日分の食料や水・コンロなどを備蓄しています。	地域住民の参加は得られていません。災害対策で地域との相互協力体制を確立するためにも地域防災を含む地域との協力体制の構築が期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	排泄介助時等、他の方に知られないように大きな声にならないように取り組んでいる。 理屈で伝えるような声掛けをしないように心掛けている。	利用者へは親しみやすい丁寧な言葉で対応し、名前は「さん」づけて呼んでいます。プライバシーや人格を尊重してトイレや浴室への誘導はさりげなく行っています。個人の記録は電子化し、いらなくなった書類は破棄処分しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日々の関わりの中で入居者からの返事を待てるよう意識している。 本人から要望はないか、伺うようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	利用者の急な希望（外に行きたいなど）に対応出来る様、職員は声を掛けあいケアをおこなっている。 一日の流れはあるが、利用者様の意思を尊重し過ごして頂いている。楽しんで頂けるよう、今までいていた趣味等をしている。 (活花、絵、書道)		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	朝、洗顔（またはホットタオル）、ブラッシングを勧めている。 入浴時や外出時等、衣類を選べる方には選んで頂くよう勧めている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事を食べなかった際は、無理強ひすることなく、少し時間をおいてご本人様の好みのものを提供している。盛り付けや量を個人の嗜好に合わせて提供している。 食事作りはできる利用者様の方がみなさんできるよう声かけし、偏らないようにしている。	一部の利用者は職員と一緒に皮むき、配膳などを行っています。日勤職員が利用者の要望を踏まえ献立を作成しています。ミキサー食、刻み食など利用者にあった調理方法で食事を提供しています。誕生会ではバースディーケーキなど、外食では寿司屋などへ行き楽しみとなっています。菜園では年間計画に基づき、ジャガイモなどを収穫し食材として利用しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事摂取量、水分摂取量を記録している。その人に合わせて食事形態を工夫している。必要に応じて歯科医に嚥下状態の確認を行い、食事形態を検討している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後の声かけや磨き残しがあるときは職員でケアを行い、訪問歯科を利用して口腔ケアを行っている。 食後は洗面所に行っていただき、自分でできる方は見守りをし、不十分な方には手伝いを行う。自分で出来ない方にはスポンジをしようしたりしてケアをしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	水分を多く摂ってもらったり、毎日の体操で運動ができるようにしている。医師との相談等で、薬での対応もしている。 排泄チェック表を使用し、排便状況を把握して水分補給を促したり、牛乳やヨーグルトを提供している。また、排泄時に腹部マッサージを行ったりしている。	利用者の排泄チェックを行い、排泄パターンの把握と利用者の身振りなどで排泄の予感を捉え、さりげないトイレ誘導により排泄の失敗を防ぐ支援を行っています。ホットタオルで排泄後の清潔と爽快感を保っています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	野菜ジュースやヨーグルトの摂取を勧めたり、運動を取り入れている。 外部の排泄に関する研修に参加。薬の知識や食物の影響を考えるようにしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	曜日を問わず入浴を実施している。異性で介助を行う場合、利用者様の羞恥心を配慮し必要最小限の介助にとどめ、見守りを行う事でリラックスして入浴できるようにしている。また、入浴を拒む方には声かけを工夫したり、スタッフを交代したりして気持ちよく入浴していただいている。	入浴時間は原則午後ですが、利用者の希望に合わせ、週に2回は入浴しています。また、特に夏場は利用者の希望に沿う形でシャワー浴などでも対応しています。身体能力に応じリフト浴の使用も可能です。くつろいで入浴できるように利用者の希望に沿った湯加減での対応や、柚子や菖蒲を使用しての季節感を味わっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	明るさ、温度(室温)に気をつけている。利用者様個人個人の状態の把握に努め、利用者様の体力に合わせて疲れが見える時には休んで頂いている。また、寝つけない方には飲み物を提供したり、話を聞いたりしてリラックスできるように工夫している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬情報など見ながら理解し、状態の変化の確認に努めている。薬情をファイルにまとめて、何時でも確認できるようにしている。また、処方された薬の効能を把握して利用者様の状態に合わせて協力医療機関と連携して指示を仰いでいる。服薬時も手渡しして服用の確認を徹底して行なっている。変化が見られた際は記録に落とし、往診医に報告するよう努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	入居前にご家族からバッググラウンドシート(生活背景記録)を記入してもらい、行かせるようにしている。日々の生活や会話の中で好きな事やできる事を把握し、その情報を共有することで、家事やレクリエーション等で利用者様が無理することなく力を発揮できるようにしている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	毎日利用者様と一緒に近所のスーパーに買い物に行っている。今年度は江ノ島水族館に出かけた。季節ごとの外出にはご家族様の参加も呼び掛けている。利用者様の体力に合わせて散歩や買い物に誘ったり、天気の良い日などは戸外でお茶を飲むなど、積極的に戸外に出る機会を作っている。	外出時に車椅子の使用者は9名いますが、食材の買出しへの同行や、近所の散歩など、全員が週2～3回は外出しています。計画的な外出では車で苺狩り、外食レク、鎌倉大仏などにも行っています。また、家族との連携で墓参り、実家近くの懐かしい場所などへ行く支援も行っています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	一部の入居者は財布に少額のお金を管理している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	自身で操作は難しいが、家族等から連絡が来た場合は電話に出れるよう支援している。 携帯電話を持っている入居者の方もいるが、操作が困難なため、着信時に電話に出れるよう支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用の空間には季節感が感じられるように利用者様と一緒にカレンダー作りや玄関にお花を活けていただいている。 日中はなるべく自然の光を取り入れるようにしている。	居間は天井が高く、大きな木目調の梁が落ち着きを感じます。食卓や椅子は木目調のもの、居間の壁には季節ごとの貼り絵、行事の写真を貼り、温かみを感じます。温度や湿度にも気を配り、利用者のそぶりや職員の体感などで温度や湿度の調整を行なっています。玄関には利用者が活けた花が飾られています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	食堂のテーブルは3つのブロックに分け、各利用者が安心して過ごせる場所に座っていただいている。その都度座る場所が違う方や固定の方とそれぞれ選べる。 ソファやテーブル席など自由に移動できるようにしている。 ホームメイト同士で居室に遊びに行ったり、仲良く談話しやすいような配慮をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居の際、使い慣れた家具等を持参頂くようご家族にお願いしている。	ベッド、エアコン、クローゼットは備え付けです。馴染みの筆筒、鏡台などの持ち込み、家族の写真や仏壇を置き、居心地良く落ちつける環境になっています。居室の掃除は職員、又は職員と利用者が共同で行っていて清潔に保たれています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	食事の下膳や配膳などはお盆を使い、出来ることは取り組んでいただくようにしている。 床材はCFを2枚重ねにするなど、転倒時のダメージを軽減できるようにしている。		

事業所名	いこいの郷 花梨・赤羽根
ユニット名	西ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	今年度も理念を基に目標を立てフロア内に掲示し、いつでも確認し意識と共有が出来るようにしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	29年度地域向け広報を入居者と一緒に近隣の家に配っている。前年同様浜降祭のお神輿の休憩所の提供することや、町内会の夏祭りに参加、地域の消防訓練に参加させてもらっている。散歩やゴミ出しの際にも積極的に挨拶している。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議の参加者である民生員の方々に、徘徊者を見つけた場合にどう対応したら良いかや、場合によっては施設へお連れして対応することを伝えている。認知症サポーター養成講座のスキルアップ講座の講師を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2か月に1度行い、施設で起きていることを報告、相談している。良い案が出た時は会議等の際に職員へも話をし、実践するようにしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	事故の報告や事例を市役所来訪時や運営推進会議の時に報告、相談させて頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員主体で行う勉強会のテーマで2回ほど勉強している。現場や話し合いの場で、身体拘束に該当しないか確認しながら話し合っている。 玄関は特別な施錠しておらず、自由に開け閉めできるようになっている。また、玄関を開ける際は見守りを行っている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	職員主体で虐待防止への勉強会を毎年行っている。日々のケアにおいて虐待が起こらないように利用者様が嫌がる事は無理せず他の職員と変わるなど連携をとっている。一人一人が意識して行動できるように声掛けしている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	職員主体で勉強会を行っている。その中で成年後見人制度の理解を深めるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の際は2～3時間かけて説明している。そのまま契約書を読むだけでなく、かみ砕いてわかりやすく事例を伝えたりしながら説明し、ご理解頂くようにしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	年2回の家族会を行っている。ご家族様来所時は、各フロアー職員が積極的にコミュニケーションをとり、ご家族様の意見や要望を汲み取る（聞き取る）様にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月各ユニットごとに1回、両ユニット合同での1回の計2回の会議の場で、意見や提案を交換している。 個別面接は半年に1回行っている。 管理者は日頃から現場に出向き、スタッフとコミュニケーションを取っている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	法人独自の人事考課制度を作成し、活用している。 随時制度の見直し等行っている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	毎月勉強会を実施。勉強会内容も担当職員を決め、どんな勉強会内容にするか共に考え、皆に伝わる事が出来るよう、実施している。担当者が司会や資料を用意する。アンケートを行い、勉強会の内容だけでなく、担当へ良否のコメントをもらうようにしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	茅ヶ崎市連絡協議会の地域密着型サービス部会の幹事を行っている。部会では他事業所との話し合い、施設見学会や研修の企画を行っている。主任等は関わる業者や居宅介護支援事業所、病院等への連絡を行うようにしている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の面接を行い調査票を作成、また事前に家族からバックグラウンドシートを記入いただき、入居前に職員へ周知する。入居前に入居いただいた際、どのような関わりが必要になるかカンファレンスを行っている。 リロケーションダメージを減らすべく、本人の話を傾聴するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前の面接時や契約時などに家族の困っている事や施設への要望を伺うようにしている。 入居されるまでに必要であれば電話相談を行っている。職員もご家族様の求めるものを共通の理解に努め、今までのサービス利用の経緯等ゆっくり聞くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入居前に状態を確認するため、施設にお越し頂くか、訪問させて頂いている。その中で今の状況に関わって入居者調査票を作成、それを基に入居判定を行っている。また御家族の思いや状況等を確認しながら対応するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の気持ちを尊重し、普段から生活の中でお互いに認め合い、共に支え合える関係性を築いている。その中で共に掃除をしたり散歩をしたり調理をしたり等、自身の役割ややりがいを持って頂けるよう支援している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	行事企画をする際は、家族の方が参加できるように企画をするようにしている。 毎月家族へ近況をお伝えするお手紙をフロア職員がそれぞれ担当を受け持ち書いている。また、ご家族様が来所時には管理者以外にもフロア職員が積極的にコミュニケーションをとることで関係性を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族が同意を得ていれば、学生時代の友人や近所の方の面会を優遇している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の関係性を各職員が把握しするよう努めている。トラブルになりそうな際は職員が間に入り仲裁をしている。利用者様同士互いに出来ない事困っていることに互いに気付き支え合っている。職員も共に寄り添い見守る。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	ご家族様が近隣に住まれている場合が多いので、職務外でも職員がお会いして会話をすることが出来ている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	各入居者様と職員がなじみの関係を築くために会話や行動を観察し、生活し易い環境を提供するために情報を収集しケアプラン作成時に反映させケアの方針を決めている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	本人の生活歴を家族から収集し会話の中でエピソードトークに生かしている。また本人の新たな情報は記録に残して職員間で共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	日頃の様子を記録に残して本人に適した生活を築けるようにカンファレンスを定期的に行い、現状把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	フロア会議やミニカンファ、事故報告書を通じて個人の評価を行い、ご家族様の意向や医師・看護師・歯科医師等の情報も交えてケアプランに反映させ、最終的に紐解きシートを用いて介護計画に結び付けている段階である。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日頃変わった様子をPCに記録として残し月一回のフロア会議又はミニカンファレンスを通して情報の共有を図っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	保険外のマッサージやボランティアによる囲碁の提供、老保交流やご家族様との共有の時間、友人との面会、近隣との餅つき大会等多様なアウトソーシングを行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	施設の農園やオーナー宅の柿の収穫又は近所のスーパーなどを利用し豊かな生活を提案し本人の意欲の向上に努めている。又、地域の祭りや散歩での近隣との関わりを大切にして当施設の存在を認知してもらい暮らしを支える上で安全に過ごせる環境を築いていけるように工夫している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	本人様、ご家族様の希望を第一としそれを支援できる施設の往診医は理解出来ている。重要な案件に関しては定期的な往診医の診療の際ご家族様にも立ち合ってもらい説明・要望などのインフォームドコンセントを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週一回看護師の療養管理を受け、日頃の情報を伝達している。又看護記録は介護職員も閲覧して情報収集を図っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	事前に家族に相談し、ムンテラに職員も参加させて頂くようにしている。面会時に担当看護師と話し、情報収集を行うようにしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	施設での看取りを希望した場合はターミナルカンファレンスをご家族様・往診医を交えて行い終末期の過ごし方の不安の解消を図っている		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時の連絡手段・対応をマニュアル化している。又外出先で救急隊に患者情報申し送り票を渡せるように常備している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	毎月防災訓練を行い、実践できるように取り組んでいる。その結果を消防に報告し場合によってはアドバイスも頂いている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	排泄介助時等、他の方に知られないように場所をおわきまえ大きな声にならないように取り組んでいる。 理屈で伝えるような声掛けをしないように心掛けている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日々の関わりの中で入居者からの返事を待てるよう意識している。 本人から要望はないか、伺うようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	利用者の急な希望（外に行きたいなど）に対応出来る様、職員は声を掛けあいケアをおこなっている。 利用者様の意思や思いを尊重し過ごして頂いている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	朝、洗顔（またはホットタオル）、ブラッシングを勧めている。 入浴時や外出時等、本人様の希望を尊重し衣類を選べる方には選んで頂くよう勧めている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立を考える時や食材を買いに行く際利用者様もお連れして食材を選んだりして頂いている。調理や片づけを一緒に取り組んでいただけるように関わっている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	体重や塩分制限水分量など医師から指示のある方については特に軽量して摂取して頂いている。毎回の食事でも栄養バランスに気を付けている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後口腔ケアを促しスタッフが仕上げ磨きの援助をしている。義歯洗浄は夜間必ず行っている。歯ブラシの漂白も行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	一人一人に合わせて時間を見て声掛けしトイレでの排泄を宇促している。トイレを訴えることが出来ない方に関しても本人の行動からのサインからも見ながら声掛けやトイレ誘導している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	食事や水分量をチェックして不足している場合はゼリーなどを提供している。運動や散歩等も声掛けして行っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	気持ちよく入って頂けるように声掛けをしている。入浴を拒む方には声かけを工夫したり、スタッフを交代したりして気持ちよく入浴していただいている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	日中は昨夜間帯の睡眠時間やフロアでの様子観察で疲れが見られるときは居室に案内し休んで頂く。夜間帯は居室の空調・照明の配慮をし安心して休んで頂ける声掛けと共に良質な睡眠を取れるよう支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	往診医の診断を元に看護師と職員が連携し一人一人の服薬内容を検討して症状の変化に都度対応しながら使用している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	家事活動が自分の役割と思っている利用者様には参加を促して、日々の関わりの中で一人一人の情報を収集して取り組めるように支援している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	利用者様の思いに寄り添い要望があった際には取り組めるように支援している。アクティビティを企画し張りのある生活を支援している。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	一部の入居者は財布に少額のお金を管理し自由に使用できる楽しさを持てるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	自身で操作は難しいが、家族等から連絡が来た場合は電話に出れるよう支援している。 手紙があった際には返信できるよう支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用の空間には季節感が感じられるように利用者様と一緒に季節感が感じられる装飾を行っている。 日中はなるべく自然の光を取り入れるようにしている。空気の入替えや空調管理も気を付けている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	食堂のテーブルは3つのブロックに分け、各利用者が安心して過ごせる場所に座っていただいている。その都度座る場所が違う方や固定の方とそれぞれ選べる。 ソファやテーブル席など自由に移動できるようにしている。 ホームメイト同士で居室に遊びに行ったり、仲良く談話しやすいような配慮をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居の際、使い慣れた家具等を持参頂くようご家族にお願いしている。好みの品を飾ったり、清潔な空間を提供している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づく 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	食事の下膳や配膳などはお盆を使い、出来ることは取り組んでいただくようにしている。廊下やトイレは手すりを設置して安心して使用して頂いている。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 いこいの郷 花梨・赤羽根

作成日： 平30年5月17日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	I-3	○「運営推進会議を活かした取組み」の項目があるが、運営推進会議を実施しているが、話し合いから事業や地域への実際に繋がる取組みが少ない。	運営推進会議で出た意見等をより実現していけるようにする。市町村の垣根を越えて話し合いを行えるようにする。	茅ヶ崎市の運営推進会議で挙げた話題を、系列の東京都町田市でのグループホーム運営推進会議で話し合い、意見交換を行う。それを地域密着型サービスでの話し合いの課題に挙げるなどを行っていく。	12ヶ月
2	I-4	○「事業所の力を活かした地域貢献」の項目があるが、まだまだ貢献できたと言えない状況である。	同業者との交流を通じ、より地域と関われるよう取り組む。	茅ヶ崎介護サービス事業者連絡会の地域密着型部会（GH、小規模の部会）で情報交換、共有し地域貢献できる何かを見つけ、取り組んでいく。	12ヶ月
2	I-14	○「同業者との交流を通じた向上」の項目があるが、積極的に関わることが出来ない。	同業者との交流を通じ、より地域と関われるよう取り組む。	茅ヶ崎介護サービス事業者連絡会の地域密着型部会（GH、小規模の部会）で情報交換、共有し地域貢献できる何かを見つけ、取り組んでいく。	12ヶ月
4	I-13	○「職員を育てる取組み」の項目があるが、職員がの学びを深めるためにも更なる学びをしていきたい。	職員の学びを深めていきながら、認知症との関わりに悩む家族や一般の方にも勉強会に参加し、認知症の理解を深めていく。	職員向け勉強会を開催にあたり、ご家族等にも参加をすすめていく。	12ヶ月
5					ヶ月